

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure*

Par LOUIS COLLARD

Né à Witry-lès-Reims (Marne), le 20 avril 1869

ESSAI

SUR

L'AORTITE PNEUMONIQUE

*Président :* M. POTAIN, professeur.

*Juges :* MM. DÉJERINE, professeur.

LEGUEU et LAUNOIS, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure*

Par LOUIS COLLARD

Né à Witry-lès-Reims (Marne), le 20 avril 1869

ESSAI

SUR

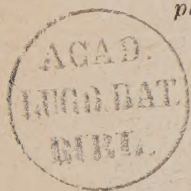
L'AORTITE PNEUMONIQUE

*Président : M. POTAIN, professeur.*

*Juges : MM. DÉJERINE, professeur.*

LEGUEU et LAUNOIS, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                            |                               |                    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                         |                               | <b>M.</b>          | <b>BROUARDEL</b>      |
| <b>Professeurs</b> .....                                                   |                               | <b>MM.</b>         | <b>FARABEUF.</b>      |
| Anatomie.....                                                              |                               |                    | <b>CH. RICHET.</b>    |
| Physiologie.....                                                           |                               |                    | <b>GABRIEL.</b>       |
| Physique médicale.....                                                     |                               |                    | <b>GAUTIER.</b>       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                   |                               |                    | <b>BLANCHARD.</b>     |
| Histoire naturelle médicale.....                                           |                               |                    | <b>BOUCHARD.</b>      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                 |                               |                    | <b>HUTINEL.</b>       |
| Pathologie médicale.....                                                   |                               |                    | <b>DEBOVE.</b>        |
| Pathologie chirurgicale.....                                               |                               |                    | <b>LANNELONGUE.</b>   |
| Anatomie pathologique.....                                                 |                               |                    | <b>CORNIL.</b>        |
| Histologie.....                                                            |                               |                    | <b>MATHIAS DUVAL.</b> |
| Opérations et appareils.....                                               |                               |                    | <b>TERRIER.</b>       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                                     |                               |                    | <b>POUCHET.</b>       |
| Thérapeutique.....                                                         |                               |                    | <b>LANDOUZY.</b>      |
| Hygiène.....                                                               |                               |                    | <b>PROUST.</b>        |
| Médecine légale.....                                                       |                               |                    | <b>BROUARDEL.</b>     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                            |                               |                    | <b>N...</b>           |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                                  |                               |                    | <b>CHANTEMESSE.</b>   |
| <b>Clinique médicale</b> .....                                             |                               |                    | <b>POTAIN.</b>        |
|                                                                            |                               |                    | <b>JACCOUD.</b>       |
|                                                                            |                               |                    | <b>HAYEM.</b>         |
|                                                                            |                               |                    | <b>DIEULAFOY.</b>     |
| <b>Maladies des enfants</b> .....                                          |                               |                    | <b>GRANCHER.</b>      |
|                                                                            |                               |                    | <b>JOFFROY.</b>       |
|                                                                            |                               |                    | <b>FOURNIER.</b>      |
|                                                                            |                               |                    | <b>RAYMOND.</b>       |
| <b>Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale</b> ..... |                               |                    | <b>BERGER.</b>        |
|                                                                            |                               |                    | <b>DUPLAY.</b>        |
|                                                                            |                               |                    | <b>LEDENTU.</b>       |
|                                                                            |                               |                    | <b>TILIAUX.</b>       |
| <b>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques</b> .....               |                               |                    | <b>PANAS.</b>         |
|                                                                            |                               |                    | <b>GUYON.</b>         |
|                                                                            |                               |                    | <b>BUDIN.</b>         |
|                                                                            |                               |                    | <b>PINARD.</b>        |
| <b>Clinique des maladies du système nerveux</b> .....                      |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
| <b>Clinique chirurgicale</b> .....                                         |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
| <b>Clinique ophthalmologique</b> .....                                     |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
| <b>Clinique des maladies des voies urinaires</b> .....                     |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
| <b>Clinique d'accouchement</b> .....                                       |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
|                                                                            |                               |                    |                       |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                                |                               |                    |                       |
| <b>MM.</b>                                                                 | <b>MM.</b>                    | <b>MM.</b>         |                       |
| <b>ACHARD.</b>                                                             | <b>GAUCHER.</b>               | <b>ROGER.</b>      |                       |
| <b>ALBARRAN.</b>                                                           | <b>GILLES DE LA TOURETTE.</b> | <b>SEBILEAU.</b>   |                       |
| <b>ANDRÉ.</b>                                                              | <b>HARTMANN.</b>              | <b>TEISSIER.</b>   |                       |
| <b>BONNAIRE.</b>                                                           | <b>LANGLOIS.</b>              | <b>THIERY.</b>     |                       |
| <b>BROCA Auguste.</b>                                                      | <b>LAUNOIS.</b>               | <b>THIROLOY.</b>   |                       |
| <b>BROCA André.</b>                                                        | <b>LEGUEU.</b>                | <b>THOINOT.</b>    |                       |
| <b>CHARRIN.</b>                                                            | <b>LEJARS.</b>                | <b>VAQUEZ.</b>     |                       |
| <b>CHASSEVANT.</b>                                                         | <b>LEPAGE.</b>                | <b>VARNIER.</b>    |                       |
| <b>DELBET.</b>                                                             | <b>MARFAN.</b>                | <b>WALLICH.</b>    |                       |
| <b>DESGREZ.</b>                                                            | <b>MAUCLAIRE.</b>             | <b>WALTHER.</b>    |                       |
| <b>DUPRÉ.</b>                                                              | <b>MENETRIER.</b>             | <b>WIDAL.</b>      |                       |
| <b>FAURE.</b>                                                              | <b>MERY.</b>                  | <b>WURTZ.</b>      |                       |
| <b>Chef des travaux anatomiques</b> .....                                  |                               | <b>M. RIEFFEL.</b> |                       |

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR COLLARD

A MA SŒUR

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Paris,  
Membre de l'Académie des Sciences et de Médecine,  
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGUEU

Chirurgien des Hôpitaux.

## INTRODUCTION

---

« Il fut un temps, qui n'est pas éloigné de nous, où  
« la pneumonie semblait presque résumer l'infection  
« que nous appelons aujourd'hui infection pneumo-  
« coccique. Mais à la faveur des études bactériolo-  
« giques, on vit que le pneumocoque, agent de cette  
« infection, ne reste pas toujours, il s'en faut, cantonné  
« au poumon. Alors furent publiés de nombreux et  
« intéressants travaux, auxquels M. Netter prit une  
« large part. C'est ainsi que l'infection pneumo-  
« coccique fut dépistée dans une foule d'organes où  
« on ne la soupçonnait pas : pleurésie, péricardite,  
« péritonite, méningites cérébrale et cérébro-spinale,  
« endocardite, otite, amygdalite, arthrite furent suc-  
« cessivement étudiées et englobées dans les infec-  
« tions pneumococciques. »

C'est en ces termes que le professeur Dieulafoy commence sa leçon clinique sur la gastrite ulcéreuse pneumococcique (1).

(1) *Dieulafoy*. -- Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

En effet, la bactériologie, devenue l'auxiliaire indispensable de la clinique, a montré que le pneumocoque n'est pas seulement capable de produire la pneumonie, mais qu'il peut aussi réaliser un grand nombre d'autres affections.

Au cours de la pneumonie, surtout dans les formes dites infectieuses, ce que les auteurs classiques appellent complication peut dépendre, soit d'une localisation extra-pulmonaire du pneumocoque, agissant par lui-même ou par ses toxines, soit d'une infection secondaire par un autre microbe.

Les séreuses semblèrent être le siège de prédilection de ces localisations ; la plèvre, le péricarde, l'endocarde, les méninges, le péritoine, les synoviales articulaires et tendineuses apparurent atteintes au cours de la pneumonie.

Disons en passant que l'envahissement de ces organes par le microbe de Talamon-Fraenkel, peut même être indépendant de l'envahissement pulmonaire. Les cas de péritonite ou de méningite à pneumococco sans pneumonie contemporaine ne comptent plus en effet au nombre des curiosités pathologiques.

Le système artériel lui-même, (et la chose ne surprendra point, si on se rappelle les analogies histologiques qui relient l'endartère et les séreuses) n'a point échappé aux coups du pneumocoque ; artères et veines furent frappées, et, parmi les premières, l'aorte.

L'aortite pneumonique sans doute n'est pas chose commune. Ce motif, joint à l'authenticité des cas que

nous possédons, en a fait à nos yeux un sujet d'études digne d'intérêt.

Nous nous proposons donc dans ce modeste travail d'attirer l'attention des cliniciens sur la possibilité du développement de l'aortite au cours de la pneumonie.

\*  
\* \*

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner ici notre reconnaissance pour ceux qui furent nos maîtres. Nous offrons nos plus sincères remerciements à M. le docteur Michaux, chirurgien des Hôpitaux, qui en nous initiant aux principes de l'antisepsie, nous apprit également le respect du malade et du devoir professionnel ; à M. le docteur Richelot, chirurgien des Hôpitaux : à M. le docteur L. Brodier, chef de clinique médicale de la Faculté, qui ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour mener à bien ce travail : à M. le docteur Legueu, chirurgien des Hôpitaux, notre jeune et sympathique maître, dont les causeries familières à l'hôpital Saint-Louis, pleines d'entraînement et de verve, nous resteront toujours présentes à la mémoire, et dont l'accueil bienveillant ne nous fit jamais défaut ; enfin à M. le professeur Potain, chez qui l'esprit scientifique du médecin ne le cède qu'au caractère de l'homme.

---

## CHAPITRE I

### HISTORIQUE

Pendant longtemps les médecins n'ont connu que l'inflammation chronique de l'aorte, la seule que révélaient les constatations nécroscopiques.

Luton (1) déclare encore que l'aortite aiguë n'est que le point de départ des dispositions successives qui aboutiront à la phlegmasie chronique du vaisseau. « Il n'y a donc pas lieu, dit-il, de distinguer une aortite aiguë et une aortite chronique, mais une seule et « même affection étudiée dans des âges différents ». La dilatation de l'aorte en particulier était considérée comme une lésion permanente.

Les travaux du professeur Potain ont montré qu'une semblable conception de l'aortite est manifestement erronée.

Il existe une aortite aiguë susceptible de guérir complètement. Bien plus, l'aorte est capable de modifier ses dimensions avec une grande rapidité.

(1) *Luton* -- Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique. Article « Aorte ».

\*  
\* \*

L'aortite aiguë peut se rencontrer au cours ou dans la convalescence de la plupart des infections : la fièvre typhoïde (Potain, Landouzy et Siredey), la variole (Brouardel), la scarlatine (Landouzy et Siredey), la rougeole, la polyarthrite rhumatismale aiguë fébrile (Bureau), la grippe, l'infection purulente (Charlewood-Turner), l'impaludisme même (Lancereaux, Potain). Il serait donc surprenant que la pneumonie seule pût être exempte de cette complication.

Cependant Bureau, dans son intéressante thèse sur les aortites (1), n'en parle pas dans l'énumération des causes déterminantes de l'aortite aiguë, bien qu'il en rapporte une observation qui sera consignée plus loin (Obs. II).

Quelques auteurs ont bien cité la pneumonie comme cause d'aortite très localisée par suite de la propagation de l'inflammation de voisinage. Luton en particulier (2) déclare que l'aortite accompagne souvent les grandes phlegmasies thoraciques dans lesquelles l'inflammation de l'artère semble avoir été puisée. Mais il n'apporte aucun fait à l'appui de cette opinion.

Plus récemment, Boinet et Romary (1) ont, dans une série de recherches expérimentales, éclairé d'un jour

(1) *Bureau*. -- Thèse de Paris, 1893.

(2) *Luton*. -- *Loco citato*

(1) *Boinet et Romary*. — Archives de Médecine expérimentale, p. 902.

nouveau l'étiologie et la pathogénie des inflammations de l'aorte; mais ils ne comptent point le pneumocoque au nombre des microbes susceptibles de déterminer ces inflammations.

Malgré le silence de ces différents auteurs, nous croyons pouvoir affirmer que le microbe de Talamon-Fraenkel est susceptible de produire l'aortite, au cours de la pneumonie, au même titre que le bacille d'Eberth ou le gonocoque dans la fièvre typhoïde ou la blennorrhagie.

Nous n'en voulons pour preuve que les deux observations que nous rapportons plus loin; l'une de Bureau, l'autre recueillie dans le service du professeur Potain.

\*  
\* \*

L'aortite dans la pneumonie est encore peu connue et de découverte récente. Peu de médecins ont eu l'occasion de la constater. Cependant tous les médecins, nous parlons de ceux de l'ère microbienne, en admettent la possibilité. Toutefois son existence a été longtemps méconnue, et de cela il y a sans doute plusieurs raisons :

La première est que cette complication (1) de la

(1) Nous continuons à employer ici le mot complication, dans l'ignorance où nous sommes encore de la nature de la lésion. Nous estimons en effet que l'emploi de ce mot, destiné à signi-

pneumonie est rare; on en jugera tout à l'heure. La seconde réside dans ce fait, que la clinique a longtemps été dépourvue des moyens nécessaires pour diagnostiquer l'aortite. Pendant longtemps, les auteurs n'ont connu comme signes, avec Bertin et Bouillaud, que des signes fonctionnels, tels que la douleur, la dyspnée et la toux.

Si à ces causes on veut bien en ajouter une troisième, à savoir que l'aortite, au cours des maladies infectieuses, revêt le plus souvent des allures insidieuses, qu'elle demande par suite à être cherchée méthodiquement, on pourra s'expliquer facilement que l'affection qui nous occupe n'ait pas attiré l'attention des cliniciens, jusqu'au jour où le professeur Potain eut l'honneur, comme nous le verrons plus loin, d'en préciser les symptômes.

Tandis que l'endocardite est relativement fréquente dans la pneumonie, l'aortite y semble peu commune. Si l'on en juge d'après le silence des auteurs sur ce sujet, nous devrions même la considérer comme une complication tout à fait exceptionnelle. Nous croyons cependant qu'un très grand nombre de cas ont dû passer inaperçus, nous avons dit pourquoi : cette rareté

fièvre l'extension d'un processus morbide, constitue un véritable abus de langage et contraste singulièrement avec les idées actuelles sur les maladies microbiennes. Si une fracture de jambe au cours d'une pneumonie devient à juste titre une complication de cette dernière, il ne saurait en être de même d'une localisation pneumococcile extra-pulmonaire.

apparente est due vraisemblablement à la difficulté qu'on éprouve en clinique à la dépister. Les observations en deviendront sans doute de plus en plus fréquentes à mesure qu'on saura mieux la reconnaître.



## CHAPITRE II

### ÉTIOLOGIE

Le petit nombre d'observations d'aortite pneumonique dont nous disposons nous renseigne mal sur les conditions étiologiques qui président à son développement. Il y a peu de cas d'ailleurs à faire ici des notions d'âge, de sexe, de race et de profession.

Nous tiendrons un compte plus rigoureux des indications fournies par l'examen des antécédents héréditaires ou acquis.

Nous n'avons relevé dans le passé pathologique du malade, qui fait l'objet de l'observation I, qu'une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 22 ans, et au cours de laquelle il ne paraît pas avoir présenté de symptômes d'aortite. Chez lui pas de syphilis, pas d'alcoolisme, ni de rhumatisme: pas de traumatisme de la région aortique; bref aucune des causes habituelles de l'aortite.

De même le malade de l'observation II n'avait eu qu'une bronchite passagère à l'âge de 12 ans.

Nous voilà donc en droit d'admettre que l'aorte,

chez ces malades, a été frappée au cours de la pneumonie dont ils ont été atteints, en état d'intégrité vraisemblablement parfaite, en un mot que leur aortite a été primitivement aiguë.

D'ailleurs la clinique se trouve ici d'accord avec l'expérimentation. Boinet et Romary ont constaté en effet que les lésions aortiques d'origine infectieuse peuvent se développer sur des parois inaccessibles au traumatisme.

Les expériences de ces auteurs ont été faites avec le streptocoque, le coli-bacille, le staphylocoque, etc. Le pneumocoque n'a point servi à leurs inoculations. Mais tout porte à croire que leurs conclusions seraient restées les mêmes, si ce microbe était entré en ligne de compte.

Il est juste d'ajouter que si ces auteurs considèrent l'aortite primitivement aiguë comme réalisable, ils la regardent néanmoins comme une exception. « En règle  
« générale, disent-ils, pour que l'aortite infectieuse se  
« produise, il faut au préalable un *locus minoris resis-*  
« *tentiæ*, constitué expérimentalement par le trauma-  
« tisme et cliniquement par une lésion artérielle anté-  
« rérieure, ou un trouble nutritif de la paroi vascu-  
« laire. Souvent l'aortite infectieuse aiguë dépend de  
« l'implantation directe d'un microbe actif sur un point  
« préparé à le recevoir; c'est le mécanisme habituel  
« des aortites infectieuses aiguës (1) ».

(1) Boinet et Romary. — Loco citato.

\*  
\* \*

On sait que l'endocardite pneumonique apparaît surtout dans la convalescence et parfois même à une époque relativement tardive. D'autre part, l'aortite aiguë qui se manifeste au cours de diverses infections, telles que la variole et surtout la fièvre typhoïde, se produit de préférence à l'époque de la convalescence. Aussi sommes-nous autorisés à présumer qu'il en sera le plus souvent de même de l'aortite qui complique la pneumonie.

C'est ainsi que dans l'observation II l'aortite n'est survenue qu'au vingt-et-unième jour après le début de la maladie, et au quinzième jour après la défervescence.

Cependant notre observation (Obs. I) prouve que cette aortite peut apparaître dans la période d'hépatisation ; en effet, chez notre malade, la dilatation de l'aorte a été notée pour la première fois, le sixième jour de la maladie.

Peut-être même pourrait-on l'observer avant le début de l'infection pulmonaire. C'est ce que semble indiquer une observation due à Tombolan-Fava (1).

(1) *Tombolan-Fava*. — Polyarthrite, Endocardite ulcéreuse à pneumocoques. Pneumonie consécutive, *Riforma medica*. 1899, page 1052.

Il s'agissait d'un malade entré à l'hôpital avec de la fièvre, des symptômes généraux graves, et les signes d'une insuffisance aortique, et qui mourut neuf jours plus tard avec des signes d'épanchement pleural gauche. A l'autopsie, on trouva une aortite ulcéreuse accompagnant une endocardite ulcéreuse à pneumocoques, en même temps qu'une pneumonie également à pneumocoques. L'auteur admet que dans ce cas la pneumonie ultime a été déterminée par les agents pathogènes détachés des valvules aortiques.

\*  
\* \* \*

Les deux malades dont nous rapportons l'observation étaient atteints de pneumonie infectieuse avec état typhoïde, prostration, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, rate volumineuse et pression artérielle basse. On sait d'ailleurs que la forme adynamique de la maladie s'accompagne plus souvent que la pneumonie inflammatoire de complications frappant les divers organes et appareils, et Germain Sée avait proposé de la dénommer, pneumonie à tendance envahissante ou infectante. Aussi cette forme est-elle celle où l'aortite devra être recherchée avec le plus de soin.

Nous ne savons pas si le siège de la pneumonie à droite ou à gauche, ni si sa localisation en tel ou tel point du poumon a une influence sur le développement de l'aortite. Nos deux cas se rapportent à une pneumonie occupant la base du poumon droit.

## CHAPITRE III

### PATHOGÉNIE

Pour expliquer l'éclosion de l'aortite dans la pneumonie, on a pensé d'abord que l'envahissement des parois de l'artère se fait de proche en proche, à la suite d'une pneumonie de voisinage. C'est ainsi que Weickselbaum a toujours trouvé le pneumocoque dans le tissu cellulaire du médiastin des pneumoniques qu'il a autopsiés.

Bureau n'admet pas ce mode de propagation (1) :  
« Il est bien difficile, dit-il, d'admettre le développe-  
« ment d'une aortite de voisinage dans le cours d'une  
« pneumonie ou d'une pleurésie, étant donnée la ré-  
« sistance ordinaire de ce vaisseau à l'inflammation,  
« lorsqu'un foyer inflammatoire se développe immé-  
« diatement en contact avec lui. Il est probable qu'on  
« a souvent confondu l'effet avec la cause et pris  
« comme origine de l'aortite ce qui n'en était que la  
« conséquence. La pleurésie est en effet fréquente dans

(1) *Bureau.* — *Loco citato.*

« cette affection et des signes de pneumonie peuvent  
« être fournis par des infarctus pulmonaires. »

Il semble plus vraisemblable que l'agent infectieux est puisé par les veines pulmonaires dans le foyer primitif et qu'il gagne l'aorte par l'intermédiaire de l'oreillette et du ventricule gauches.

La présence du pneumocoque a été en effet souvent constatée dans le sang (Friedlander, Talamon, Netter, etc.). Tombolan-Fava a publié une observation d'endocardite ulcéreuse à pneumocoques où l'aorte avait participé au processus morbide. Bien que l'auteur ne parle pas explicitement de la présence du pneumocoque au niveau de l'ulcération aortique, la constatation de ce microbe dans l'ulcération valvulaire et les poumons, ainsi que dans le sang rend le fait infiniment vraisemblable.

D'ailleurs Cuzzaniti (1) (1891) a constaté d'une façon formelle la présence du pneumocoque dans les parois de l'aorte altérée chez un sujet atteint [d'endocardite aiguë *a frigore*].

Toutefois l'infection sanguine par le pneumocoque est un fait assez rare et qui ne s'observe guère que dans les formes graves de la maladie. Aussi peut-on appliquer à l'aortite pneumonique l'hypothèse soulevée à propos d'autres variétés d'aortite aiguë et invoquer l'action des pneumotoxines. Cette opinion est d'ail-

(1) *Tombolan-Fava*. — Loco citato, ad endo aortite.

(1) *Cuzzaniti*. — Endoc. a frigore, associata andoartite. *Gaz. d. osp. Napoli*, 1891.

leurs justifiée par les recherches expérimentales de Gilbert et Lion (2), et de Boinet et Romary (3). Ces auteurs ont pu déterminer de l'aortite sur les animaux par les injections de cultures de divers bacilles. « Le « poison microbien peut avoir une toxicité assez forte « pour produire les mêmes lésions aortiques aiguës « que l'action directe d'une série de microbes atténués « ou faiblement virulents. » (Boinet et Romary). Il est donc permis de penser que parfois le pneumocoque est susceptible de déterminer une aortite, non par une action directe, mais seulement par les toxines qu'il élabore au sein du poumon et que transporte vers l'aorte le courant circulatoire.

Mais on sait aujourd'hui qu'un grand nombre de complications observées au cours de la pneumonie ne sont pas l'œuvre du pneumocoque, mais dépendent d'infections secondaires. Aussi l'aortite observée au cours de l'infection pulmonaire peut-elle, comme d'ailleurs l'endocardite pneumonique, relever d'un microbe étranger, streptocoque, staphylocoque, etc., lequel est susceptible, lui aussi, de créer la lésion aortique, soit par lui-même, soit par sa toxine.

(2) *Gilbert et Léon.* — Comptes rendus de la soc. de Biol. 1889.

(3) *Boinet et Romary.* — Loco citato.

---

## CHAPITRE IV

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nos observations ne comportent pas le complément utile du contrôle anatomique; mais celle de Cuzzaniti dénonce la présence d'un grand nombre de pneumocoques au niveau des parois aortiques altérées, ces altérations de l'aorte consistant dans l'existence de plaques saillantes, blanchâtres, d'aspect cartilagineux, et dans l'infiltration de cellules embryonnaires, surtout au niveau des vasa vasorum.

Le siège de l'aortite développée au cours de la pneumonie se trouve être la portion initiale de l'aorte. Les choses se passent d'ailleurs ici, comme dans les autres maladies infectieuses, soit parce que ce vaisseau, à l'état physiologique, offre à son origine un lieu de moindre résistance ou de plus grande fatigue, soit parce que sa direction curviligne favorise l'implantation des microbes à l'action des toxines à ce niveau.



## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le docteur L. Brodier, chef de clinique médicale de la Faculté.)

Le nommé Cogn... Louis, tailleur, âgé de 26 ans, entre le 26 octobre 1898, à l'hôpital de la Charité, salle Bouillaud, n° 7, dans le service de M. le professeur Potain.

Sauf une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 22 ans, il n'a jamais été malade.

Le 23 octobre, sans cause appréciable, cet homme a éprouvé brusquement, dans la soirée, de la céphalalgie et un violent malaise général ; bientôt se déclarent des frissons qui se répètent toute la nuit.

Le lendemain, la céphalalgie augmente encore ; puis surviennent des vomissements alimentaires et une diarrhée assez abondante, en même temps qu'apparaît un point de côté dans la région sous-mammaire droite. Depuis ce moment, il tousse, mais il n'a pas craché de sang.

Le 27 octobre, le malade accuse encore une douleur assez vive dans la région sous mammaire droite. La diarrhée persiste. La langue est saburrale ; l'appétit est complètement perdu, et la soif est assez vive. Le foie n'est pas augmenté de volume.

La respiration est accélérée. On constate de la submatité dans toute la base du poumon droit en arrière. A ce niveau, le murmure vésiculaire a totalement disparu et on entend des bouffées de râles crépitants. Il n'existe pas de souffle. Légère bronchophonie.

En avant, du côté droit et dans toute l'étendue du côté gauche, la sonorité thoracique et le murmure vésiculaire sont normaux.

Les bruits du cœur sont normaux.

Prostration assez marquée.

Température : 39°4 le matin, 39°8 le soir.

Pouls : 96.

Pression artérielle : 9 centimètres Hg.

L'urine renferme une petite quantité d'albumine.

Le 28 octobre (5<sup>e</sup> jour de la pneumonie), la prostration est plus marquée que la veille. La diarrhée persiste. On constate du gargouillement et de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Le malade a eu une légère épistaxis pendant la nuit. Le grand diamètre de la rate mesure 15 centimètres.

La toux est fréquente et s'accompagne d'une expectoration rouillée et caractéristique.

Mêmes signes à la base du poumon droit.

Cœur normal.

Température : 39°2 le matin, 39°6 le soir.

Pression artérielle : 9,5.

Le 29 octobre (6<sup>e</sup> jour), le malade qui a eu hier une nouvelle épistaxis, conserve de la diarrhée et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate mesure toujours quinze centimètres dans son grand diamètre.

Les signes observés précédemment à la base du poumon droit ne sont pas modifiés ; on entend toujours des bouffées de râles crépitants, sans souffle.

L'urine ne contient plus d'albumine.

Température : 38°6 le matin, 39°4 le soir.

Pouls : 92, 4/4 dicrote.

Pression artérielle : 8 1/4.

Le cœur est augmenté de volume ; la pointe du cœur bat à deux centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire.

*Le second bruit aortique est très éteint, sans être dur. La matité aortique déborde le bord droit du sternum dans une étendue de deux centimètres et demi ; la sous-clavière droite bat à un centimètre au moins au dessus du bord supérieur de la clavicle correspondante. ( Fig. I.)*

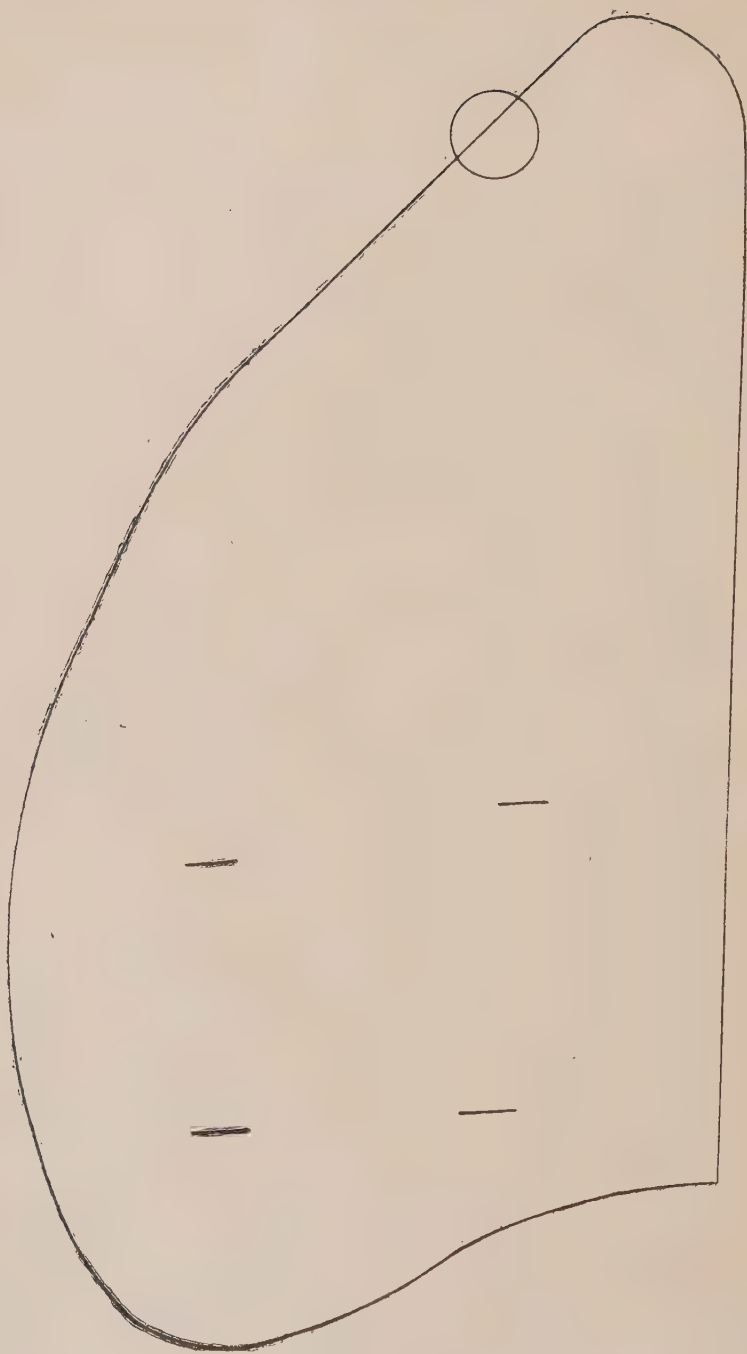


Fig. 1. — Diagramme du 29 octobre.

Les battement de l'aorte abdominale sont normaux.

Le 30 octobre (7<sup>e</sup> jour), la diarrhée a presque disparu. La toux est encore fréquente et toujours accompagnée d'expectoration rouillée.

A la base du poumon droit, la submatité est beaucoup moins marquée que les jours précédents; le murmure vésiculaire s'entend faiblement; les râles crépitants ont totalement disparu; pas de souffle.

Respiration : 36 par minute.

Température : 38°8 le matin, 39°2 le soir.

Pouls : 88.

Pression artérielle : 10.

*Le second bruit aortique est toujours éteint; la matité aortique ne s'est pas modifiée.*

Le 31 octobre (8<sup>e</sup> jour), le murmure vésiculaire est faible à la base du poumon droit, où on ne constate plus qu'une très légère diminution de sonorité. On entend de gros râles sous crépitants au niveau de l'omoplate.

Cependant la température reste élevée : 38°2 le matin, 38°8 le soir. (Fig. 2.)

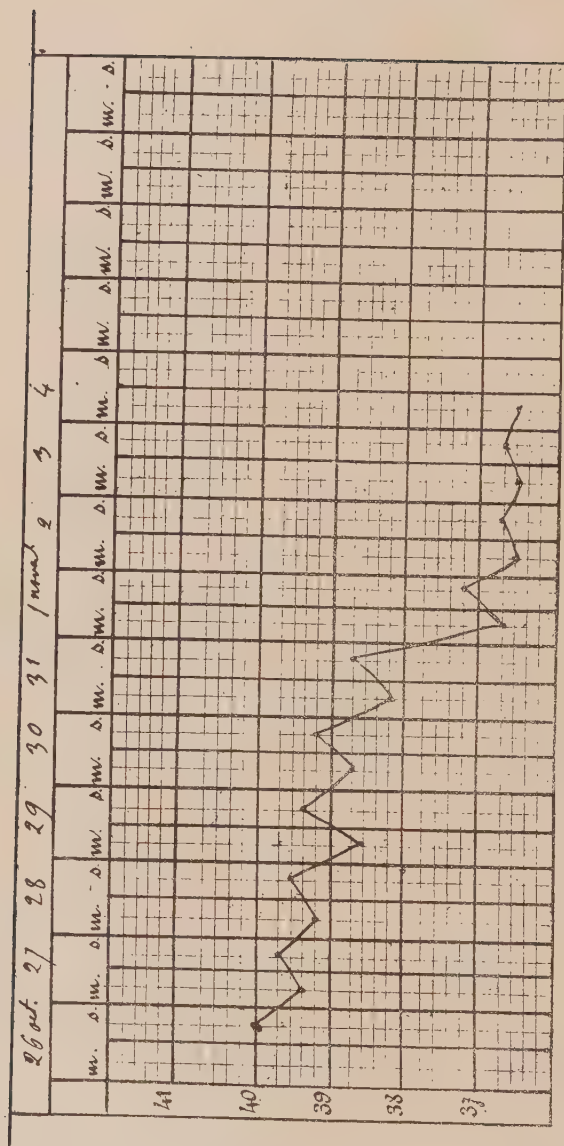


Fig. II.

Pression artérielle : 8,5.

*Le séro-diagnostic de Widal donne des résultats négatifs.*

L'état du cœur et de l'aorte ne s'est pas modifié.

Le 1<sup>er</sup> novembre (9<sup>e</sup> jour), le malade est en complète défervescence.

Température : 36°8.

Pouls : 72.

Pression artérielle : 8,5.

La base du poumon droit est revenue à l'état normal.

Le cœur est moins dilaté que les jours précédents.

*Le second bruit aortique est plus clair. La malité aortique ne déborde plus le bord droit du sternum que d'un centimètre à peine. La sous-clavière droite est moins facilement sentie au dessus de la clavicule.*

*Le 2 novembre, la malité aortique ne déborde plus le sternum ; la sous-clavière droite n'est plus surélevée. (Fig. 3)*

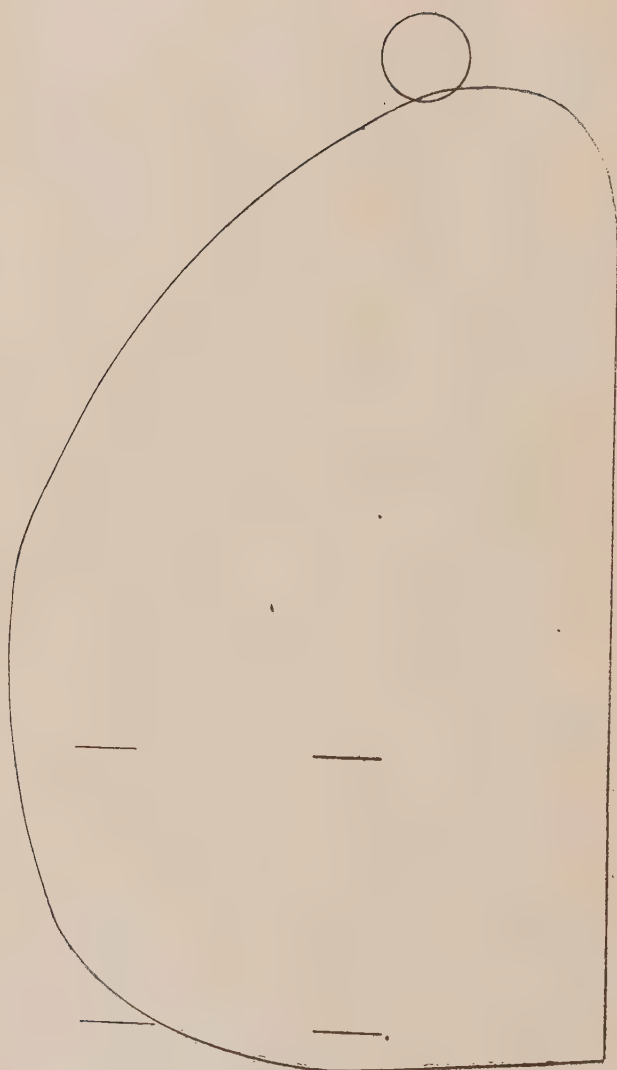


Fig. III,

Le 3 décembre, le second bruit aortique est dur ; il conserve les mêmes caractères de dureté les jours suivants ; mais ceux-ci vont en s'atténuant de sorte que le 7 novembre, le second bruit est tout à fait normal.

Le malade quitte l'hôpital le 12 novembre, complètement guéri.

\*  
\* \*

Il s'agissait ici d'une pneumonie adynamique à forme typhoïde, comme le montrent la prostration, les épistaxis, la diarrhée, l'augmentation du volume de la rate.

Cette pneumonie entre en résolution le septième jour et cependant la fièvre persiste. Cette persistance insolite de la fièvre fait craindre l'évolution possible d'une infection ébertienne ; mais la séro-réaction est négative. Elle ne s'explique que par la complication aortique.

Cette aortite est apparue le sixième jour après le début de la pneumonie et ne s'est annoncée par aucune modification des signes fonctionnels et généraux. Elle a persisté jusqu'au neuvième jour et en même temps qu'elle s'amendait, survenait la défervescence brusque, qui accompagne ordinairement la résolution des foyers pneumoniques.

## OBSERVATION II

(Empruntée à la thèse de Bureau: Observation V.)

*Pneumonie infectieuse. Aortile survenue au vingt-et-unième jour  
Guérison.*

Henri M..., âgé de 21 ans, entre à la Charité, le 12 octobre 1892, dans le service de M. Potain salle Bouillaud, n° 11.

Il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une bronchite à l'âge de 12 ans, dont il s'est du reste très bien guéri. Il y a deux jours, se trouvant en retard, il avait été obligé de courir en allant faire une course et avait eu très chaud. Dans cet état il monta sur l'impériale d'un omnibus. Il pleuvait. Il resta environ une demi-heure sous la pluie. Il était assis à gauche, c'est-à-dire que son côté droit était tourné du côté du cocher. Or, un quart d'heure à vingt minutes environ après être descendu, il fut tout à coup pris d'un violent point de côté, siégeant à droite, assez bas, vers les dernières côtes. En même temps il eut un frisson violent avec claquement des dents et très mal à la tête. Il fut obligé de se coucher en rentrant chez lui. Des frissons se sont répétés à plusieurs reprises dans la soirée. Il remarqua également dans la soirée que ses crachats étaient sanguinolents. Hier, la respiration était très courte, très gênée, il toussait presque continuellement, et expectorait des crachats colorés.

Etat actuel : Il respire un peu plus facilement. Le point de côté persiste, mais moins pénible. Température 39°8. En arrière de la poitrine, les deux tiers inférieurs du poumon droit

présentent de la matité. Dans toute cette région, on entend du souffle tubaire, de la bronchophonie et des râles fins, ressemblant plutôt à de la crépitation pleurale qu'à des râles crépitants. Pouls 96. Le malade est excessivement prostré. Il a de la diarrhée et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate, volumineuse, mesure 15 centimètres dans son plus grand diamètre.

15 octobre. — La température est tombée à 37°5, et il y a une amélioration notable. La rate reste cependant volumineuse 15 centimètres 1/2.

17 octobre. — Sur la partie antérieure gauche du thorax, tache rosée lenticulaire s'effaçant complètement par la pression du doigt.

18 octobre. — Deux taches rosées lenticulaires. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de diarrhée. Tension artérielle, 9 1/2. Rate 14. Il reste de la submatité très accusée de la moitié inférieure du poumon droit et le tiers inférieur du poumon gauche.

22 octobre. — Il ne reste plus aucun signe de la pneumonie, mais la rate reste grosse, et le gargouillement dans la fosse iliaque droite persiste.

1<sup>er</sup> novembre. — Hier et avant-hier, la température, qui était revenue tout à fait à la normale depuis quinze jours, s'est élevée au dessus de 38°. On examine alors l'aorte, et on trouve: une matité aortique notablement augmentée surtout par en haut, où elle n'arrive qu'à un centimètre de la fourchette du sternum. Elle dépasse le bord droit de cet os de un centimètre et demi. Le deuxième bruit aortique est éclatant et fort. La sous-clavière droite est surélevée. Traitement : vésicatoire au devant de l'aorte.

3 novembre. — L'aorte déborde toujours autant le sternum. Le deuxième bruit aortique est toujours notablement plus fort que le deuxième bruit pulmonaire.

7 novembre. — L'aorte déborde encore le sternum de un centimètre et la sous-clavière droite dépasse la clavicule également de un centimètre. Les pouls sont inégaux. Le gauche est plus ample que celui du côté droit.

15 novembre. — La matité aortique est revenue à ses dimensions normales. Elle effleure le bord droit du sternum. La sous-clavière ne déborde plus la clavicule. Le deuxième bruit aortique est toujours très dur. C'est presque le bruit de tabourka. Le malade demande sa sortie et se sent très bien.

---

## CHAPITRE VI

### SYMPTOMATOLOGIE

A quels signes reconnaîtra-t-on l'aortite dans la pneumonie ?

Faut-il s'attendre à la voir évoluer avec des caractères propres, la différenciant nettement d'une aortite typhique ou rhumatismale, par exemple ? Ce serait demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, attendu que l'anatomie pathologique des différentes variétés d'aortites aiguës se présente sensiblement sous le même aspect, la seule signature de la lésion résidant dans la nature de l'agent qui l'a déterminée.

Le début en est très insidieux ; la maladie s'installe à petit bruit pour ainsi dire ; il ne se produit aucun symptôme avertisseur, et le médecin ne reconnaîtra son développement qu'en recherchant méthodiquement l'état de l'aorte chaque jour chez le malade au même titre qu'il explore l'état du cœur. Cependant une élévation de température, qui peut dépasser 38°, annonce parfois l'apparition de cette complication, quand elle survient après la défervescence pneumonique, comme

dans l'observation II. D'autre fois, c'est la persistance même de la fièvre et le maintien de la température à un niveau que n'explique plus l'état du poumon, qui attireront l'attention et feront reconnaître la dilatation de l'aorte, comme dans l'observation I.

Quoi qu'il en soit, les symptômes de l'aortite pneumonique sont d'ordre général ou local, ces derniers seuls fournissant la clef d'un diagnostic clinique ferme.

Les premiers, procédant de l'irritation du pneumogastrique ou du sympathique, peuvent faire défaut, ou s'ils existent, sont facilement mis sur le compte de la maladie causale. Ainsi en est-il de la dyspnée, souvent fort pénible, de la toux sèche et quinteuse, qui peut s'accompagner d'expectoration abondante, blanchâtre et mousseuse, indice d'œdème pulmonaire.

La douleur rétro-sternale est plus de nature à éveiller l'attention du médecin. Elle peut avoir des irradiations analogues à celles de l'angine de poitrine. Toutefois les symptômes douloureux sont ordinairement peu marqués dans les aortites aiguës secondaires à une maladie infectieuse.

Les symptômes les plus importants sont, comme nous le disions plus haut, ceux que révèle l'examen de l'aorte. Nous ne saurions trop répéter qu'à défaut d'investigations minutieuses et quotidiennes, ils peuvent facilement passer inaperçus.

Si en effet la persistance de la fièvre au delà du délai habituel, ou sa réapparition après une chute franche de la température est de nature à faire songer

au médecin à quelque localisation extra-pulmonaire, la percussion et le toucher seuls peuvent le renseigner sur son siège exact et lui faire découvrir les deux seuls signes qui aient une réelle valeur diagnostique : nous voulons dire l'augmentation de la matité aortique et l'élévation de la sous-clavière droite.

Le professeur Potain a depuis longtemps insisté sur l'augmentation de la matité sternale de l'aorte comme signe de l'inflammation de la première partie de ce vaisseau. La matité aortique dépasse alors le bord droit du sternum dans une étendue variable, qui était d'un centimètre et demi dans l'observation II, de deux centimètres et demi dans l'observation I. Dans ce cas, le diagramme de la matité précordiale revêt la configuration d'un casque de pompier, suivant la comparaison du professeur Potain.

Ce dernier a montré que cette augmentation de la matité n'est pas due exclusivement à la dilatation de la crosse. S'il en était ainsi, il faudrait admettre que quand le bord droit de l'aorte déborde le sternum de deux centimètres, son bord gauche (impossible à délimiter par la percussion) est rejeté d'une quantité égale vers le côté gauche, de sorte que le diamètre transversal du vaisseau aurait quatre centimètres de plus qu'à l'état normal. Un semblable accroissement de diamètre ne se rencontre en réalité que dans certaines formes de dilatation anévrysmale. L'augmentation de la matité aortique est due principalement à un allongement plus ou moins considérable de l'artère enflammée. Toute artère enflammée perd une partie de son élasticité

et tend à s'allonger sous l'influence des ondées sanguines qu'elle reçoit du cœur. L'aorte fixée en avant par le cœur et en arrière par les artères intercostales qui la maintiennent appliquée à la colonne vertébrale, ne peut en effet s'allonger, sans que l'arc qu'elle décrit à ce niveau s'exagère et se porte en dehors et en haut, soulevant ainsi les branches qui naissent de sa convexité, et plus spécialement le tronc brachio-céphalique artériel. La carotide primitive droite, dont l'origine est surélevée de cette manière, devient peut-être un peu flexueuse, mais elle échappe pour ainsi dire à nos moyens d'exploration. Il n'en est pas de même de la sous-clavière droite, née du même tronc artériel, et qui devient accessible à son passage entre les deux faisceaux des scalènes. On sait que Faure a signalé en 1874 l'élévation de la sous-clavière droite au dessus du bord supérieur de la clavicule comme signe d'aortite de la crosse. Cette élévation est adoptée aujourd'hui comme un signe précieux de ce qu'on appelle assez improprement la dilatation de la crosse aortique.

Le professeur Potain a justement insisté sur la rapidité avec laquelle se produisent parfois tous ces signes d'une dilatation aortique, et aussi sur celle avec laquelle ils peuvent disparaître dans le cas de guérison. C'est ainsi que chez notre malade on voit la matité aortique déborder du jour au lendemain le bord droit du sternum dans une étendue de 2 cent. 1/2.

L'aortite s'accompagne fréquemment de l'inflammation des valvules sigmoïdes de l'aorte, comme cela eut lieu dans les observations que nous rapportons.

Cette sigmoïdite se traduit par les symptômes particuliers à l'endocardite aiguë.

Le premier bruit reste en général intact, mais le second est éteint et sourd, sans être dur, tout au moins au début. On a voulu de ce fait donner deux interprétations différentes : ou bien l'allongement de l'aorte enflammée ne va pas sans une certaine dilatation de ce vaisseau ; dès lors, l'ondée sanguine de retour, trouvant à se répandre dans une cavité de volume plus grand, réforme les valvules aortiques moins brusquement, la pression sanguine étant moins élevée ; ou bien ces valvules sont elles-mêmes atteintes d'inflammation, et devenues plus épaisses et moins consistantes, vibrent moins. C'est ce qui se passe en réalité, quant à l'aortite pneumonique, se trouve associée une endocardite aiguë. Alors, au bout de quelques jours, le second bruit devient dur, analogue au bruit du tabourka, suivant la comparaison du professeur Potain.

Nous ne citons que pour mémoire les faits où l'aortite pneumonique revêt la forme ulcéreuse et accompagne une endocardite de même nature. Nous avons cité plus haut une observation d'endocardite ulcéreuse à pneumocoques, due à Tombolan-Fava, où l'aorte présentait au niveau d'un des sinus de Valsalva, une destruction de la membrane interne en forme d'excavation sacculaire. Dans ce cas, les signes de l'aortite se confondent avec les symptômes généraux graves de l'endocardite ulcéro-végétante, que cette aortite accom-



## CHAPITRE VII

### PRONOSTIC

A n'en juger que par nos deux observations, on serait tenté de considérer le pronostic de l'aortite pneumonique comme bénin.

Sans doute, le pronostic immédiat de cette lésion est rassurant. La guérison est possible, et, suivant la remarque de Bureau, elle est même de règle dans toutes les aortites aiguës secondaires. Elle peut se faire rapidement, en quelques jours, c'est ainsi que la dilatation aortique ne dura que six jours dans l'observation I et quatorze jours dans l'observation II. Quand l'aortite s'accompagne de l'inflammation des valvules sigmoïdes correspondantes, celle-ci se résout plus lentement, de sorte que les altérations du second bruit aortique survivent pendant quelques jours à l'effacement de l'aortite. Ce second bruit aortique était redevenu normal cinq jours après que l'aorte eût repris ses dimensions ordinaires chez le malade de l'observation I.

Mais en est-il de même du pronostic médial, du pronostic à longue échéance ?

On est en droit en effet de se demander si le malade n'aura pas de ce fait contracté une prédisposition fâcheuse à des localisations aortiques ultérieures. Cette supposition est d'autant plus vraisemblable que nous savons fort bien que l'aortite peut naître à la suite de causes légères.

L'expérimentation elle-même légitime ces craintes. Boinet et Romary concluent de leurs recherches :

« Suivant leur intensité d'action, les doses injectées, la durée de l'expérience et le nombre des inoculations, les toxines microbiennes peuvent reproduire les périodes intermédiaires et les transitions évolutives signalées par Cornil et Ranvier entre l'artérite aiguë et l'endartérite chronique. On s'explique ainsi l'évolution clinique de ces aortites infectieuses, survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et devenant le point de départ de lésions chroniques de l'aorte (1) ».

Ailleurs, ils disent encore : « Lorsque le microbe est fortement atténué, il peut déterminer des altérations à marche subaiguë, avec tendance évolutive vers la chronicité ; mais ce processus existe surtout pour les aortites infectieuses dues à l'action des toxines. Elles peuvent aboutir à l'artéro-sclérose, et si on conserve longtemps les animaux en expé-

(1) *Boinet et Romary*. — Loco citato.

« rience, on peut observer une transformation des  
« cellules migratrices en éléments fixes (1) ».

Mais le pronostic est encore aggravé par l'association possible de l'endocardite à l'aortite. Cette sigmoïdite aiguë peut devenir chronique et donner lieu ultérieurement à une insuffisance aortique avec toutes ses conséquences.

(1) *Boinet et Romary*. — Loco citato.

---

## CHAPITRE VIII

### TRAITEMENT

Le pronostic que comporte l'aortite pneumonique nous donne la mesure de l'importance du traitement à opposer à cette lésion.

Il ne saurait être question ici de traitement prophylactique, la thérapeutique actuelle étant aussi impuissante à conjurer l'extension du processus morbide pneumonique que la clinique l'est à le prévoir.

Seule la sérothérapie, dont on ne saurait qu'encourager les louables efforts, en dotant dans un avenir plus ou moins rapproché, le médecin d'une arme qui lui permettra de trancher le mal dans sa racine, pourra couper court à l'extension de la maladie pneumonique et l'éteindre dans le foyer où elle aura pris naissance.

Il y a cependant, à notre avis, une façon de prévenir sinon l'aortite, tout au moins des conséquences fâcheuses.

Puisqu'il y a un réel intérêt à ce que la lésion soit passagère pour ne pas laisser des traces qui favorise-

raient dans une certaine mesure des atteintes ultérieures, le devoir du médecin sera donc de procéder à l'examen quotidien rigoureux et méthodique de son malade, afin de surprendre l'aortite à son début et de la traiter sur-le-champ. En effet, l'aortite aiguë est une maladie curable et qui cède le plus souvent à un traitement approprié.

La première indication est alors de mettre au repos, dans la mesure du possible, l'organe malade. On devra donc éviter avec soin toute excitation circulatoire susceptible de retentir d'une façon fâcheuse sur l'aorte. Aussi y a-t-il lieu d'instituer tout d'abord un traitement en quelque sorte hygiénique.

Le malade gardera autant que possible l'immobilité dans le décubitus dorsal. Certains auteurs ont recommandé la position demi-assise, la position horizontale étant, selon eux, capable d'aggraver les accidents. Quelle que soit la valeur de cette opinion, il faut reconnaître que souvent la station demi-assise sera nécessaire par la dyspnée plus ou moins vive qu'entraîne l'hépatisation pulmonaire.

L'alimentation étant une cause active d'excitation circulatoire, on soumettra le patient au régime lacté exclusif, et il sera prudent de maintenir la rigueur du régime jusqu'au retour complet de l'aorte à ses dimensions normales. Il ne faut pas oublier que les écarts de régime, les mauvaises digestions, ont au moins autant d'importance que les fatigues pour provoquer le retour des accidents.

Pour la même raison, on épargnera au pneumo

nique toute émotion brusque, de quelle nature qu'elle soit, capable de mettre en jeu l'excitabilité cardiaque.

Enfin, on devra être très modéré dans l'emploi de la médication stimulante en présence de toute pneumonie compliquée d'aortite. Aussi, on n'insistera pas sur la potion de Todd et les diverses potions cordiales si en faveur dans le traitement de la pneumonie. On devra combattre au contraire l'éréthisme circulatoire par la digitale à haute dose, suivant la méthode préconisée par Traube, Hirtz, Pétrescu, Fihl et plus récemment par Barth dans le traitement de la pneumonie (1).

Si l'état général du malade et la forme de la maladie le permettent, on aura recours franchement aux antiphlogistiques. La dérivation sanguine locale, au moyen de quelques sangsues ou de quelques ventouses scarifiées sur la région préaortique, suffira le plus souvent. Les ventouses scarifiées semblent préférables aux sangsues, parce qu'elles modifient plus profondément par action réflexe l'état du système circulatoire.

Si le patient, soit par sensiblerie, soit qu'il se montrât soucieux à l'extrême des préjugés de son entourage, répugnait à ces procédés, on ne devra pas hésiter à appliquer un vésicatoire. Le professeur Potain dit en avoir retiré de bons effets dans un cas d'aortite typhique.

(1) *Barth*. — Semaine médicale, 1896.

En cas d'œdème aigu du poumon, la saignée s'imposerait.

Le coton iodé, la teinture d'iode ou l'emplâtre de Vigo continueraient dans la suite l'effet des révulsifs précédemment énoncés.

Si la dyspnée résistait à ces moyens, les inhalations d'oxygène et les ventouses sèches, appliquées à profusion, pourraient soulager le malade. Mais le médecin doit être prévenu qu'ils ne constituent que des palliatifs.

L'injection de morphine, si l'état du rein le permet, restera le meilleur moyen d'obtenir une détente rapide. Si la morphine se trouvait contre-indiquée, les inhalations de nitrite d'amyle à la dose de IV à VIII gouttes au début, dose qu'on pourra augmenter plus tard, en raison de l'accoutumance, la remplaceraient avantageusement.

L'éréthisme cardiaque sera efficacement combattu par les bromures de potassium ou de sodium ou par le valérianate d'ammoniaque:

Les frictions alcooliques sur les membres, les injections d'éther, de caféine et d'huile camphrée seront employées dans le cas de défaillance cardiaque.

Si l'aortite aiguë n'a pas cédé en quelques jours à un régime hygiénique et diététique sévère, combiné à la médication externe, il est indispensable de les compléter par un traitement interne à l'aide des iodures.

Les preuves de la médication iodurée, déjà employée par Bouillaud bien avant que Traube l'ait préconisée en Allemagne (Potain), ne sont plus à faire

dans le traitement des inflammations artérielles. Elle devra être continuée avec persévérance pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années, quand l'aortite aiguë tend à devenir chronique. Pour éviter l'intoxication potassique, le professeur Potain a définitivement substitué l'iodure de sodium à l'iodure de potassium. La dose journalière d'iodure variera de 30 centigrammes à 60 centigrammes par jour ; encore cette faible dose devra-t-elle être diluée dans une assez grande quantité de liquide, afin de ménager la susceptibilité de l'estomac. Si ce traitement ioduré doit être de longue haleine, il sera bon de le suspendre pendant quelques jours chaque mois, et de profiter de ce répit pour tonifier le malade à l'aide de préparations aqueuses de quinquina ou de granules arsenicaux.

Le sirop iodo-tannique pourra être employé également avec avantage, surtout dans les cas où l'on redoute la dépression physique, parfois si considérable qu'entraîne à sa suite l'absorption prolongée d'iodure à très faible dose.

---

## CHAPITRE IX

### CONCLUSIONS

De ce travail nous nous croyons autorisé à tirer les conclusions suivantes ?

1° Il existe, rarement il est vrai, une aortite pneumonique aiguë, c'est-à-dire une inflammation aiguë de l'aorte, développée au cours ou dans la convalescence de la pneumonie ;

2° L'aortite pneumonique peut n'être annoncée que par une réapparition ou une persistance insolite de la fièvre, d'où la nécessité d'explorer avec soin l'état de l'aorte chez les malades atteints de pneumonie, surtout de pneumonie adynamique ;

3° Cette aortite pneumonique s'affirme cliniquement par les mêmes symptômes que les autres aortites aiguës. Les plus importants d'entre eux sont l'augmentation de la matité aortique, et l'élévation de la sous-clavière droite ;

4° D'un pronostic immédiat bénin, l'aortite pneumonique est susceptible d'être le point de départ de lésions chroniques ultérieures, dont l'importance et la gravité ne sauraient trop attirer l'attention du médecin.

---

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président,

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Boinet et Romary.* — Recherches expérimentales sur les aortites. (Archives de médecine expérimentale, IX, p 902.)
- Boulay.* — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. Thèse de Paris, 1851.
- Bureau.* — Etude sur les aortites. Thèse de Paris, 1893.
- Cuzzanili.* — Gazzetta d'Ospidali Napoli, 1891.
- Gilbert et Lion.* — Artérites infectieuses expérimentales. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1889.
- Plicque.* — Les aortites aiguës et leur traitement. Presse médicale, 9 décembre 1896.

